



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for Helse- og Idrettsfag

Liss Torill Borg

Når det gode stellet blir et ork

Antall ord: 7535

Videreutdanning i eldreomsorg med vekt på psykisk helse

4VFOPSH1

20151

Utlånsklausul:

☐

Nei

☐

Ja. Antall år

”Hjelpen til den mest trengende skal ha som mål at han eller hun blir litt mindre trengende, og dermed mer autonom i sin tilværelse. I stedet for å låse fast eller fryse fast relasjonen gjelder det å dytte den i bevegelse”
(Henriksen & Vetlesen, 2000, s. 213).

Innhold

| | | |
|-----|---|----|
| 1.0 | Innledning..... | 4 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 4 |
| 1.2 | Problemstilling og avgrensning..... | 5 |
| 1.3 | Disposisjon | 5 |
| 2.0 | Metode..... | 6 |
| 2.1 | Hva er metode?..... | 6 |
| 2.2 | Litteratursøk | 6 |
| 2.3 | Kildekritikk | 7 |
| 2.4 | Etiske overveielser | 9 |
| 3.0 | Teori | 10 |
| 3.1 | Demens..... | 10 |
| 3.2 | Alzheimers sykdom..... | 11 |
| 4.0 | Lover og etiske prinsipper | 13 |
| 4.1 | Lovverk | 13 |
| 4.2 | Prinsippbasert etikk | 14 |
| 4.3 | Yrkesetiske retningslinjer..... | 15 |
| 5.0 | Hvordan kan jeg som sykepleier i hjemmebasert omsorg bidra til at en pasient med demens ivaretar sin personlige hygiene uten å bruke tvang? | 17 |
| 5.1 | Kommunikasjon legger grunnlaget for den gode relasjonen..... | 17 |
| 5.2 | Kan kunnskap redusere bruken av tvang? | 20 |
| 5.3 | Autonomi VS Paternalisme | 22 |
| 6.0 | Konklusjon | 25 |
| 7.0 | Litteraturliste | 27 |

1.0 Innledning

Demens er en sykdom som blir stadig mer utbredt og mye av kommunens penger og ressurser brukes på personer med demens. Dette kommer blant annet av at den gjennomsnittlige nordmann lever stadig lenger, noe som fører til at flere får diagnosen demens (Engedal & Haugen, 2009). Snoek & Engedal (2008) sier at de årlige kostnadene strekker seg til omkring 15 milliarder kroner, noe som er en stor del av støtten til eldreomsorgen.

Regjeringen har uttalt at det innen 2015 skal være full sykehjemsdekning. De mener at også hjemmetjenesten må utbedres for at de skal kunne få til dette. Det vil si at ved hjelp av kompetanseheving, kvalitetsutvikling og samhandling mellom helsetjenestene skal man kunne yte god sykepleie til både personer på sykehjem og personer som ønsker å motta hjemmesykepleie (Helse og Omsorgsdepartementet, 2006).

Demens er den hyppigste årsaken til at eldre legges inn på sykehjem og flere personer med demens fører til utfordringer for helsevesenet. Da det i mange kommuner er mangel på sykehjemsplasser oppstår utfordringer med tanke på hjemmeboende personer med demens. Dette fører til et større press på hjemmesykepleien og krav om god kunnskap om sykdommen. Gjennom erfaring har jeg sett at etiske utfordringer ofte oppstår i samarbeidet mellom sykepleieren og personen med demens og jeg ønsker derfor å ha fokus på dette i denne oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I hjemmesykepleien møter jeg ofte ulike typer etiske dilemmaer. Slettebø (2005, s. 43) beskriver etisk dilemma slik: *"Etiske dilemmaer utgjør en valgsituasjon mellom to eller flere verdier der begge alternativene er ønsket, eller alternativer som begge medfører uønskede konsekvenser"*. Denne beskrivelsen viser at det for sykepleieren blir vanskelig å ta et valg da det vil forekomme uønskede konsekvenser ved begge alternativer. Jeg har erfart at personer med demens ofte har problemer med å motta hjelp til personlig hygiene. Dette fører igjen til at etiske dilemmaer oppstår. Dette er bakgrunnen for at jeg ønsker å skrive om hvordan sykepleieren skal kunne ivareta den personlige hygien hos en person med demens, uten bruk av tvang.

1.2 Problemstilling og avgrensning

Jeg har valgt å skrive om bruken av tvang i hjemmesykepleien og da med fokus på personlig hygiene. Min problemstilling er:

”Hvordan kan jeg som sykepleier i hjemmebasert omsorg bidra til at en person med demens ivaretar sin personlige hygiene uten bruk av tvang?”

Pasienten jeg beskriver i oppgaven er en 85 år gammel, norsk mann som bor alene. Jeg velger å kalle han Kåre. Han er nå pensjonist, men har tidligere hatt en høyere stilling innenfor industrien. Han er i et tidlig forløp av sin Alzheimers sykdom og har daglig hjelp av hjemmesykepleien til personlig hygiene. Den siste tiden har han blitt stadig mer distansert til dette og han takker ofte nei på spørsmål om hjelp til personlig hygiene. Dette fører til at han ser ustelt ut. Sykepleieren ser at dette ikke er i samsvar med hans tidligere liv hvor han la stor vekt på å se velstelt ut. Dette er derfor med på å påvirke hans verdighet og sykepleierens oppgave blir og ivareta dette på en best mulig måte.

På grunn av oppgavens ordbegrensning ønsker jeg ikke å ha fokus på pårørende og deres rolle i denne situasjonen.

1.3 Disposisjon

I metodekapittelet vil jeg beskrive hvordan jeg har funnet fram til aktuell litteratur og forskning. I teorikapittelet vil jeg beskrive demens og Alzheimers sykdom, samtidig som jeg vil skrive om lovverk og etiske prinsipper. I drøftingsdelen vil jeg bruke teori, forskning og egne erfaringer for å komme frem til hvordan sykepleieren kan unngå tvang. Samtidig har jeg brukt Kari Martinsens omsorgsfilosofi til å belyse begrepene autonomi og paternalisme. Jeg har også brukt teori om kommunikasjon til å vise hvordan kommunikasjon kan være med og danne en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Helt til slutt vil jeg skrive en konklusjon hvor jeg beskriver aktuelle tiltak jeg har kommet frem til gjennom drøftingen.

2.0 Metode

I dette kapittelet ønsker jeg å vise hvordan jeg har arbeidet for å finne fram til litteratur og forskning som jeg bruker i oppgaven. Dette vil jeg gjøre ved å beskrive hva metode er og vise hvordan jeg har gått frem med tanke på litteratursøk. I tillegg vil jeg være kildekritisk og vise positive og negative sider av litteraturen jeg benytter meg av i oppgaven.

2.1 Hva er metode?

Tranøy (1986, s. 127) beskriver metode som *”Med metode forstår jeg en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve kunnskapskrav, dvs. påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare”*. Denne beskrivelsen viser hvor viktig det er at man stiller seg kritisk til litteraturen man finner og hele tiden benytter seg av den litteraturen som er gyldig og holdbar.

Metode hjelper oss å samle inn data og den skal gi oss gode data som belyser problemstillingen på en interessant måte (Dalland, 2007). I tillegg er metodedelen en rettleider for leseren, dersom han skulle ønske å fremskaffe eller etterprøve kunnskapen som beskrives (ibid., 2007).

Dette er et litteraturstudium hvor jeg har lest og benyttet meg av artikler og faglitteratur.

2.2 Litteratursøk

Da jeg skulle begynne søket etter forskningsartikler bestemte jeg meg først for hvilke ord jeg ville søke på. Dette var demens, tvang, kommunikasjon, sykepleie og etikk. Grunnen til at jeg valgte disse søkeordene var fordi jeg ønsket å belyse hvordan sykepleieren skal kunne danne en relasjon med Kåre slik at hun får hjelpe han med personlig hygiene. Jeg ønsket også å vite noe om hvordan hun best mulig skal kunne unngå bruken av tvang. Jeg bestemte meg også for databaser jeg ønsket å benytte meg av.

Databasene jeg valgte var Sykepleien Forskning og plattformen EBSCOhost. Grunnen til at jeg ikke valgte flere databaser var fordi EBSCOhost er en plattform hvor man kan søke gjennom flere underliggende databaser samtidig.

Jeg startet med å søke på Sykepleien som har et eget forskningsarkiv. Her benyttet jeg meg av søkeordene demens og tvang. Dette ga åtte treff og to av disse artiklene var ”Etikk i sykehjem

og hjemmetjenester” (Bollig, Pedersen & Førde, 2009) og ”Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang” (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010). Disse så jeg på som relevante for oppgaven og valgte derfor å bruke dem videre.

På plattformen EBSCOhost valgte jeg å benytte meg av databasene AgeLine og Cinahl. Jeg benyttet meg av ulike søkeord, men for å begrense søket valgte jeg å søke i kun fulltekstartikler. Jeg startet med å bruke søkeordene dementia, communication & nurse. Her søkte jeg kun i tidsrommet 2005-2011 og fikk 37 treff. Her var treff nummer 1 ”Effective communication with people who have dementia” (Jotuun & McGhee, 2011). Videre søkte jeg på ethics & nursing homes. Søkte også her i tidsrommet 2005-2011 og fikk 51 treff. Her var treff nummer 6 ”Prevention of unethical actions in nursing homes” (Solum, Slettebø & Hauge, 2008). Helt til slutt brukte jeg søkeordene dementia, force & nursing homes. Søkte her i artikler fra 2000-2011 og fikk 7 treff. Her var treff nummer 7 ”Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes” (Kirkevold, Sandvik & Engedal, 2004). Disse tre forskningsartiklene har jeg valgt å bruke i drøftingen for å belyse problemstillingen.

Når det gjelder annen litteratur enn forskning har jeg valgt å bruke BIBSYS som søkemotor. Dalland (2007) beskriver BIBSYS som en felles bokkatalog for norske universiteter og høyskoler og jeg velger derfor å stole på at dette er en troverdig søkekilde. Temaene som går gjennom i oppgaven er demens, etikk og kommunikasjon. Med tanke på etikk har jeg valgt å bruke boken Etikk i sykepleien (Brinchmann, 2005). For å belyse demens og sykdomsforløpet har jeg benyttet meg av Demens – Fakta og utfordringer (Engedal & Haugen, 2009) og Psykiatri – kunnskap, forståelse og utfordringer (Snoek & Engedal, 2008). Kommunikasjon har jeg drøftet ved hjelp av boken ”Samtalen i eldreomsorgen, Kommunikasjon – minner – kriser – sorg” (Heap, 2002) og ”Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter” (Fjørtoft, 2007).

2.3 Kildekritikk

Når man søker etter litteratur er det nødvendig å hele tiden være kildekritisk. Dalland (2007, s. 70) beskriver kildekritikk slik: *”Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet”*. Dette viser at man hele tiden må være kritisk til det forfatteren sier og de svarene forskerne kommer frem til gjennom sine studier. Dalland (2007) sier at når man er kildekritisk må man hele tiden se kritikken i lys av problemstillingen og stille kritiske

spørsmål ut ifra dette. Det er altså nødvendig at jeg stiller meg kritisk til om litteraturen og forskningen jeg finner innehar kunnskap og resultater som kan belyse min problemstilling.

Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av både pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og ulike forskningsartikler. Jeg mener at pensumlitteraturen er gyldig og holdbar da denne er fastsatt og godkjent til bruk av Høgskolen i Hedmark. For å sikre holdbarheten til litteraturen har jeg valgt å ta i bruk de nyeste utgivelsene. I tillegg har jeg valgt å finne fram til primærkilden istedenfor å bruke sekundærkilde. Dalland (2007) beskriver primærlitteratur som originale tekster skrevet av forfatteren selv. Sekundærlitteratur derimot er litteratur tolket gjennom flere ledd og denne litteraturen kan inneholde feil og mangler (ibid., 2007). Disse to beskrivelsene viser viktigheten av at man velger primærkilde, da en sekundærkilde kan gi feilinformasjon.

Jeg har valgt Sykepleien Forskning og plattformen EBSCOhost som søkemotorer for å finne frem til de aktuelle forskningsartiklene. Jeg ser at jeg kunne ha benyttet meg av flere databaser for å belyse problemstillingen på ulike måter. Artikkelen "Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes" (Kirkevold, Sandvik & Engedal, 2004) har jeg funnet i ulike tidsskrifter og jeg har også funnet deler av den oversatt til norsk. Det at artikkelen er blitt publisert i forskjellige tidsskrifter mener jeg er med på å styrke dens troverdighet. I tillegg har jeg observert at forfatter Øyvind Kirkevold også har vært med i andre forskningsprosjekter utført med tanke på tvang og pasienter med demens.

De to andre engelske artiklene jeg har funnet har jeg valgt å bruke på grunnlag av at jeg mener funnene i begge artiklene er med på å belyse min problemstilling. Samtidig ser jeg at min oversettelse kan inneholde feil og mangler som kan påvirke min tolkning av studiene.

Med tanke på de norske artiklene jeg har funnet i Sykepleien mener jeg at disse er gyldige da spørreskjemaer er benyttet og pasienter og sykepleiere på ulike sykehjem er intervjuet. Den ene av disse to forskningsartiklene går også direkte inn på etikk i hjemmetjenester som er sentralt for oppgaven. Artikkelen "Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang" (Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde, 2010) går først og fremst ut på hvordan sykehjemsansatte opplever problemstillingen med tanke på tvang. Jeg har allikevel valgt å benytte meg av denne studien da det blir stadig flere demente personer som bor hjemme og som trenger hjelp fra hjemmesykepleien. Dette fører til at hjemmesykepleien ofte opplever de samme etiske utfordringene som de sykehjemsansatte.

2.4 Etiske overveielser

Jeg vil i denne oppgaven dra inn egne erfaringer fra praksis. Jeg vil overholde taushetsplikten ved å anonymisere pasienteksempler og stedsnavn. Jeg velger å kalle pasienten for Kåre.

3.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg beskrive demens som sykdom. Jeg vil også beskrive Alzheimers sykdom og hvordan denne sykdommen utarter seg

3.1 Demens

Demens er fellesbetegnelse for flere sykelige tilstander i hjernen. Disse er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner (Snoek & Engedal, 2008). Dette er en progredierende, kronisk tilstand som forverrer seg over tid (Engedal & Haugen, 2009).

Engedal & Haugen (2009, s. 9) beskriver demens som *”en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person”*. Denne beskrivelsen viser at demens er en hjernesykdom som ikke er medfødt, men som har kommet ettersom pasienten er blitt eldre.

Sykdommene som fører til demens kalles også demenssykdommer og kan deles inn i tre. Disse tre gruppene er degenerativ demens, vaskulær demens og sekundær demens. Alzheimers sykdom er en degenerativ demens som omfatter endret utseende og funksjon av hjernevevet (ibid., 2009). Vaskulær demens omfatter sykdommer i hjernens blodårer, mens sekundær demens omfatter blant annet alkoholisk betinget demens og hjernesvulst og demens (Snoek & Engedal, 2008).

I tillegg til at det er ulike årsaker til demens, deles også demens inn i tre ulike typer. Dette er mild, moderat og alvorlig demens.

Ved mild grad av demens er først og fremst sviktende hukommelse det første tegnet på demenssykdommen. Man ser ofte at pasienten glemmer å spise, handle og at han ofte glemmer avtaler (ibid., 2008). I tillegg svikter tidsorienteringen og pasienten har vansker med å vite hvilken dag og dato det er. Pasienter med Alzheimers sykdom kan ha språkvansker og de mangler taleflyt. Samtidig får de problemer med praktiske gjøremål som å lage middag og kle på seg (ibid., 2008). Ved mild grad av demens ser man sjelden personlighetsforandringer og pasienten er ofte flink til og ”skjule” demenssymptomene.

Ved moderat grad av demens ser man at hukommelsesevnen og tidsorienteringsevnen blir ytterligere svekket (ibid., 2008). I tillegg kan pasienten få vansker med å bruke tidligere innlærte evner. Dette vil si at de i situasjoner hvor de må foreta valg lett kan miste fatningen

og ha vanskeligheter med å velge. Pasienten kan også oppleve psykotiske symptomer som vrangforestillinger, synshallusinasjoner og avvikende atferd (ibid., 2008). I tillegg kan det forekomme angst, depresjon, passivitet og rastløshet. Det er i denne fasen at de fleste pasientene kommer i kontakt med helsevesenet.

Ved alvorlig grad av demens er pasienten preget av handlingssvikt og hjelpeløshet. I tillegg til de nevnte symptomene ved mild og moderat demens kan pasienten miste evnen til å kontrollere urin og avføring (ibid., 2008). Pasienten kan også få balansesvikt og bli avhengig av rullestol. Ved alvorlig grad av demens kan ikke pasienten lenger bo alene, selv om han får hjelp av både pårørende og hjemmesykepleie. Han blir avhengig av fysisk pleie og trenger å bo på institusjon (ibid., 2008).

3.2 Alzheimers sykdom

Alzheimers sykdom kan opptre hos både eldre og yngre personer. Med bakgrunn i dette brukes betegnelsene alzheimers med sen eller tidlig debut (Snoek & Engedal, 2008). Ved tidlig debut inntreffer sykdommen som regel før fylte 65 år og man ser uttalte demenssymptomer tidlig i sykdomsforløpet (Engedal & Haugen, 2009). Alzheimer med sen debut derimot opptrer oftest etter fylte 65 år, og sykdomsutviklingen er mindre dramatisk og med færre symptomer. Her er først og fremst hukommelsessvikt det fremtredende symptomet (ibid., 2009).

Alzheimers sykdom er en degenerativ sykdom som vil si at hjerneceller dør. Det første området som rammes er hippocampus og nærliggende områder. Etter hvert sprer ødeleggelsene seg videre til storehjernen og deler av hjernestammen (Snoek & Engedal, 2008). Ødeleggelsene som finner sted i storehjernen og hjernestammen fører til ødeleggelser i de grå substansene som produserer acetylkolin (ibid., 2008). Acetylkolin er en transmittorsubstans som er sentral ved overføring av impulser fra nerveceller til andre celler (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2007). Når disse områdene ødelegges og mindre acetylkolin frigjøres får pasienten symptomer som redusert hukommelse, oppmerksomhet og våkenhet (Snoek & Engedal, 2008).

Engedal & Haugen (2009) skriver at man ikke kjenner til noen bestemt årsak til demens ved Alzheimer sykdom, men det er ofte en sammenheng mellom flere risikofaktorer.

Risikofaktorer knyttet til utvikling av sykdommen er først og fremst arv. Det finnes en arvelig

disposisjon hos 40- 50 % av de som utvikler sykdommen (Snoek & Engedal, 2008). Samtidig er aldring, hodeskader og miljøgifter faktorer som kan virke inn. Engedal & Haugen (2009) deler faktorene som påvirker sykdomsutviklingen inn i tre. Dette er sikre faktorer, mulige faktorer og mulige beskyttende faktorer. Sikre faktorer vil si for eksempel arv og aldring. Blant de mulige faktorene ser man blant annet høyt blodtrykk og kolesterol, diabetes og manglende intellektuell stimulering (ibid., 2009). Blant de mulig beskyttende faktorene ser man at medikamenter som østrogen og NSAIDS kan være positivt, samtidig som et høyt inntak av antioksidanter reduserer utviklingen av sykdommen (ibid., 2009).

4.0 Lover og etiske prinsipper

I dette kapittelet vil jeg trekke fram lovverk og etiske prinsipper som er grunnleggende for å finne løsningen på et etisk dilemma. Jeg vil skrive noe om Pasientrettighetsloven og Helsepersonelloven. Jeg vil også beskrive kapittel 4A i Pasientrettighetsloven (1999) som omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. I tillegg vil jeg beskrive prinsippbasert etikk og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som er sentrale i denne sammenheng. Når det gjelder prinsippbasert etikk er det fire prinsipper som omtales. Jeg velger kun å beskrive autonomi prinsippet da jeg ser på dette som mest relevant for oppgaven.

4.1 Lovverk

Som sykepleier har man ulike lovverk man må forholde seg til. I denne sammenheng er det først og fremst Pasientrettighetsloven (1999) og Helsepersonelloven (1999) som er aktuelle.

Pasientrettighetsloven (1999) § 1-3 beskriver en pasient som *”en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle”*. Dette legger grunnlaget for at alle mennesker som henvender seg til helsetjenesten kan kalles pasienter. Videre sier Pasientrettighetsloven (1999) at alle pasienter har rett til nødvendig helsehjelp. Helsepersonelloven (1999) § 3 definerer nødvendig helsehjelp som *”enhver handling som har forebyggende, diagnostisk og behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål”*. Denne definisjonen viser at sykepleieren må ha tilstrekkelig kunnskap for å kunne møte pasienter med ulike behov. I tillegg sier Pasientrettighetsloven (1999) at pasientene har rett til å nekte behandling dersom de er informert og har forstått konsekvensene som kan oppstå som følge av dette.

I januar 2009 trådte det i kraft ett nytt kapittel i Pasientrettighetsloven (1999). Dette er kapittel 4A som omhandler hjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen (ibid., 1999). Formålet med det nye kapittelet er ifølge Helsedirektoratet (2008) å yte nødvendig helsehjelp for å hindre skade, samtidig som man begrenser bruken av tvang. Dette kapittelet tar for seg all form for helsehjelp som sies å være nødvendig i den forstand at pasienten risikerer en forverret helsetilstand dersom man unnlater å gi helsehjelpen (ibid., 2008). Det er helsepersonell som ut ifra opplysninger og observasjoner av pasienten skal kunne vurdere om pasienten er samtykkekompetent eller ikke, og det er fire områder som benyttes for å finne ut om pasienten er samtykkekompetent (Pasientrettighetsloven, 1999).

Disse fire områdene er evnen til å uttrykke valg, evnen til å forstå informasjon, evnen til å anerkjenne nødvendig informasjon i forhold til egen situasjon og evnen til å benytte informasjon med tanke på behandlingsalternativer (Pedersen, Hofmann & Mangset, 2007). Pedersen et al (2007) sier også at det er tre krav som skal vurderes for å finne ut om pasienten er autonom eller ikke. Dette er tilstrekkelig forståelse, samtykkekompetanse og frivillighet.

For sykepleieren er det viktig å vite at man ikke kan benytte seg av denne loven dersom andre tiltak ikke er forsøkt. Ifølge Johnsen & Smebye (2008) skal det først være prøvd tillitskapende tiltak for å kunne skape en god relasjon til pasienten. Fungerer ikke dette tilstrekkelig må sykepleieren vurdere om unnlatelse av helsehjelpen kan føre til større helseskade for pasienten. Skaden må være av betydelig omfang og helsehjelp påtrengende nødvendig. I tillegg må tiltaket stå i forhold til helsehjelpen og det må foreligge flere positive enn negative konsekvenser. Når sykepleieren har vurdert dette og tatt en helhetsvurdering kan hun vurdere bruken av tvang dersom dette vil være den beste løsningen for pasienten (ibid., 2008).

4.2 Prinsippbasert etikk

Prinsippbasert etikk er et etisk rammeverk som tar for seg fire prinsipper. Disse fire prinsippene er i følge Brinchmann (2005, s. 76):

- *Velgjørenhet - plikten til å gjøre godt mot andre*
- *Ikke skade – plikten til ikke å skade andre*
- *Autonomi – plikten til å respektere autonome personers beslutninger*
- *Rettferdighet – plikten til å behandle like tilfeller likt (formell rettferdighet) og til å fordele ressurser rettferdig (fordelingsrettferdighet).*

Autonomi handler om pasientens rett til å velge. Dette er i dag et juridisk og sentralt etisk prinsipp. Pasienter har rett til informasjon om egen helsetilstand og prognose om egen livssituasjon. Det er nedfelt i Norges lover at pasienter har selvbestemmelsesrett, rett til informasjon og medvirkning til eget liv. (ibid., 2005). Pasienter kan nekte behandling ved å bruke sin autonomi. Sykepleieren må vurdere om pasienten er kompetent, har fått nok informasjon og om han blir utsatt for press av pårørende (ibid., 2005).

Paternalisme er et begrep som brukes i sammenheng med pasientens autonomi. Det finnes to typer paternalisme – svak og sterk. Sterk paternalisme vil si at andre enn pasienten selv tar valg og overstyrer pasientens egne ønsker (Slettebø, 2005). Dette blir en form for tvang og

brukes kun dersom pasienten er i fare for å skade seg selv eller andre. Svak paternalisme blir god tatt når pasienten er ute av stand til å vurdere hva som er til hans eget beste (Brinchmann, 2005). Sykepleieteoretiker Kari Martinsen fremhever svak paternalisme. Hun mener at det i både den sentimentale omsorgen og i overformynderiet ikke legges vekt på pasientens ønsker. Dette tar hun derfor sterk avstand fra. Allikevel ser hun at pasientens autonomi kan føre til vanskeligheter med å yte optimal sykepleie og hun trekker derfor frem svak paternalisme (Kristoffersen, 2005). Kari Martinsen mener at sykepleieren må bruke sin kunnskap til å ta avgjørelser som er til det beste for pasienten. Dette skal gjøres enten ved å ta pasienten med i beslutningen, eller ved å la pasienten slippe å ta stilling til vanskelige problemstillinger (ibid., 2005).

4.3 Yrkesetiske retningslinjer

Norsk sykepleierforbund har utarbeidet egne Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retningslinjene er bygget på ICNs etiske regler (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2007). I tillegg til å bygge på ICNs etiske regler bygger de også på menneskerettighetene og da først og fremst retten til liv, verdighet og å bli behandlet med respekt (Brinchmann, 2005). Sneltvedt (2005, s.91) skriver at ICNs etiske regler bygger på følgende fire grunnleggende ansvarsområder:

- *Å fremme helse*
- *Å forebygge sykdom*
- *Å gjennomrette helse*
- *Å hindre lidelse*

For at man skal kunne yte helhetlig sykepleie må man ha fokus på alle disse fire ansvarsområdene.

”I sykepleierens grunnlag slås det fast at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter” (NSF, 2007, s. 5). Dette viser at sykepleieren i sitt arbeid må respektere hvert individ og at sykepleien som gis skal baseres på barmhjertighet.

Videre i NSF (2007) står det at sykepleierens plikt er å vise omsorg, erkjenne pasientens sårbarhet og ansvaret omfatter pasienter i alle faser av livet. I disse retningslinjer kan en se en slags pliktetikk hvor det er beskrevet hvilke plikter man må forholde seg til som sykepleier.

5.0 Hvordan kan jeg som sykepleier i hjemmebasert omsorg bidra til at en pasient med demens ivaretar sin personlige hygiene uten å bruke tvang?

I dette kapittelet vil jeg bruke beskrevet teori, forskning, lovverk og egne erfaringer til å drøfte og belyse min problemstilling. Det er først og fremst forskningsartiklene jeg har valgt som legger grunnlaget for drøftingskapittelet.

5.1 Kommunikasjon legger grunnlaget for den gode relasjonen

Fjørtoft (2007) sier at en god relasjon dannes ved at sykepleieren ser på pasienten som et helhetlig menneske, samtidig som man viser respekt og hensyn. For at sykepleieren skal kunne hjelpe Kåre med personlig hygiene vil det være nødvendig å bygge en god relasjon mellom de to.

For at man skal kunne skape en god relasjon mellom Kåre og sykepleieren mener Fjørtoft (2007) at kommunikasjon er viktig. Gjennom erfaring har jeg lært at kommunikasjon er en av de viktigste delene av et godt samarbeid, og dersom kommunikasjonen svikter er det vanskelig å yte god sykepleie. Symptomene som forekommer ved Alzheimers sykdom er med på å vanskeliggjøre kommunikasjonen med personen med demens, da hans kognitive funksjon blir kraftig redusert. Fjørtoft (2007) sier også at pasienter som ikke forstår hva som skal skje, heller ikke ønsker å motta hjelpen som tilbys. Dette viser viktigheten av god kommunikasjon og at sykepleieren må tenke gjennom hvordan hun kommuniserer med Kåre slik at han skal kunne forstå hva hun mener.

Carlskov (2007) sier at mennesket har behov for å føle seg respektert. Dette underbygger Fjørtoft (2007) som mener at respekt og trygghet bør formidles gjennom kommunikasjon. For at sykepleieren skal kunne vise respekt via kommunikasjon og på den måten være med på og bedre livskvaliteten til Kåre er det ulike tiltak som vil være nødvendige.

For det første vil det være viktig å individualisere sykepleien som gis (Heap, 2002). Heap (2002) sier at alle mennesker er unike individer med egne meninger. Det er derfor viktig å finne hver enkelts opplevelse av situasjonen man er i. I samarbeidet med Kåre kan det bli vanskelig å få til en sånn samtale da han har en kognitiv svikt. Det er allikevel viktig at sykepleieren prøver å snakke med han på en enkel måte som han kan forstå. Videre i

samarbeidet vil det være viktig at sykepleieren observerer Kåres kroppsspråk for å finne ut hvordan han opplever de ulike situasjonene.

I tillegg til en individualisering av sykepleien vil det være viktig at sykepleieren legger omgivelsene til rette slik at Kåre føler seg trygg og ivaretatt. Engedal & Haugen (2009) sier at man gjennom å tilby oversiktlige og trygge omgivelser er med på å redusere utryggheten som personen med demens ofte føler. Ingebretsen (2005) sier at tilrettelegging av miljøet og en forsiktig tilnærming er med på å skape trygghet for personen med demens. Ett eksempel er at sykepleieren legger til rette på badet slik at det kun er de mest nødvendige produktene som for eksempel såpe og deodorant som er tilgjengelig. Ved å gjøre dette er sykepleieren med på og reduserer alternativene og hjelper dermed Kåre med å utføre de forskjellige handlingene med tanke på personlig hygiene.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere underbygger Ingebretsens (2005) tanker om tilrettelegging av miljøet, ved at de sier at sykepleieren skal vise respekt for det enkelte mennesket og unngå krenkelse (NSF, 2007). Sykepleieren bør derfor trå varsomt inn i hjemmet til Kåre og det er viktig at hun viser at hun er besøkende og at det er Kåre som bestemmer. På denne måten kan Kåre føle seg respektert, noe som igjen styrker hans trygghetsfølelse. I tillegg til at sykepleieren viser respekt for hjemmet, bør hun vise interesse for Kåre som individ. Med dette mener jeg at hun bør lytte og vise interesse for det han forteller (Carlskov, 2007). Dette kan være med på å styrke relasjonen mellom han og sykepleieren.

Et annet viktig sykepleietiltak for å styrke Kåres trygghetsfølelse er forutsigbarhet. Fjørtoft (2007) sier at kjente personer er med på å skape tillit, noe som igjen reduserer uro og forvirring hos personen med demens. Gjennom erfaring har jeg sett at primärsykepleierordningen ofte fører til større kontinuitet og en bedre relasjon mellom sykepleier og pasient. Jeg opplever denne ordningen som positiv for både pasient og sykepleier og jeg synes dette er et viktig tiltak for å kvalitetssikre sykepleien som gis. Kristoffersen & Jensen (2005) beskriver en primärsykepleier som en sykepleier som har hovedansvaret for pasienten. Primärsykepleieren er med på å skape kontinuitet i hverdagen, samtidig som hun sikrer en individuell helhetlig og pasientsentrert sykepleie (ibid., 2005). Jeg mener at det i samarbeidet med Kåre vil være viktig å utnevne en primärsykepleier. Selv om han har redusert hukommelse er det gode muligheter for at han husker sykepleieren dersom hun besøker han kontinuerlig. Når Kåre har en primärsykepleier å forholde seg til blir det

lettere å få tillit til denne personen, samtidig som det er med på å skape trygghet. For sykepleieren blir det enklere å observere endringer hos Kåre og hun lærer seg hvordan de kan samarbeide og kommunisere på en best mulig måte. Kirkevold, Sandvik & Engedal (2004) underbygger dette tiltaket ved at de gjennom forskning har kommet fram til at en primærsykepleier også kan være med på å redusere bruken av tvang med tanke på at Kåre ikke ønsker hjelp til personlig hygiene.

For at sykepleieren skal kunne skape en god kommunikasjonsprosess basert på lytting er det viktig med god tid (Wogn-Henriksen, 2008). Gjennom erfaring vet jeg at det kan være vanskelig å ta seg tid til den gode samtalen med pasienten. Dette fordi man har mange pasienter i løpet av en dag og vet at det er flere som trenger hjelp. Videre har jeg erfart at pasientene ofte ser det dersom du stresser og det er viktig at sykepleieren er observant i forhold til eget kroppsspråk i samarbeidet med Kåre. Alzheimer pasienten bruker ofte lengre tid på å forstå beskjeder som blir gitt og dette underbygger viktigheten med å ta seg god tid i samtaler (Snoek & Engedal, 2008).

Kristoffersen & Jensen (2005) skriver at kommunen deler omsorgstilbudet inn i ulike deltjenester. En av disse deltjenestene er hjemmesykepleie og det er vedtak fattet av kommunen som sykepleieren forholder seg til. Disse vedtakene blir fattet på bakgrunn av kartleggingsbesøk og hva pasienten har behov for (Fjørtoft, 2007). Med tanke på personlig hygiene har jeg erfart at det blir satt av ca 15 minutter til dette i den kommunen jeg arbeider. Videre har jeg erfart at vedtakene som fattes ikke er tilpasset hvert enkelt individ, noe som raskt kan føre til forskjellsbehandling av pasientene. Med dette tenker jeg på at personer med demens ofte bruker lengre tid på å forstå hva sykepleieren mener. Dette fører til at sykepleieren ofte har behov for å bruke lengre tid hos denne typen pasienter enn hos klare og oppegående pasienter. Et sykepleietiltak bør være å individualisere vedtakene slik at tidsintervallene er tilpasset hver enkelt pasient.

I samarbeidet med Kåre mener jeg at sykepleieren bør bruke korte og enkle setninger, samtidig som hun bør unngå å gi han for mange valgmuligheter (Jotuun, 2011). I tillegg er det viktig å snakke tydelig og langsomt slik at Kåre forstår hva som blir sagt (Wogn-Henriksen, 2008). Ved at sykepleieren forenkler språket og tar seg god tid vil det bli lettere for Kåre og være med i samtalen og forstå hva som blir sagt. Dette vil være viktig med tanke på personlig hygiene hvor sykepleieren må forklare på en enkel og tydelig måte hvorfor hun vil hjelpe

Kåre på badet og hva hun skal hjelpe han med. Denne tydeligheten i samtalen kan være med på å få Kåre til å føle seg ivaretatt slik at han vil motta hjelpen som sykepleieren tilbyr.

Wogn-Henriksen (2008) sier at kommunikasjon er både verbalt og non- verbalt. Videre sier Jotuun (2011) at hoveddelen av kommunikasjonen er non- verbal. Dette underbygger viktigheten med at sykepleieren er bevisst sitt eget kroppsspråk. Jeg har i praksis observert sykepleiere som har vært stresset og kommet inn hos pasienter som sjelden ønsker hjelp til dusjing. Her har jeg sett at flere kommer inn med en negativ holdning, samtidig som de gir lite blikkontakt. Pasientene er observante på sykepleierens kroppsspråk og blir som regel enda mindre interessert i å dusje dersom de ser at sykepleieren stresser og har en negativ holdning. Selv om sykepleieren er stresset og har dårlig tid er det viktig at hun ikke viser dette for Kåre, da dette kan være med på å skape utrygghet. Sykepleieren bør også ha fokus på øyekontakt da dette er viktig i en god samtale (Carlskov, 2007). I tillegg til at sykepleieren er bevisst sitt eget kroppsspråk er det viktig at hun gjennom kommunikasjon med Kåre også observerer kroppsspråket hans. Jeg har erfart at kroppsspråket til pasienten kan gi mye informasjon og at dette ofte er like viktig å observere som den verbale kommunikasjonen. Ett eksempel på dette kan være at sykepleieren stiller spørsmål til Kåre som han svarer på, samtidig som hun ser på kroppsspråket hans at han ikke forstår hva hun spør om. Da er det viktig at sykepleieren ikke tar svaret for gitt, men stiller spørsmålet på nytt slik at Kåre forstår hva han svarer på.

5.2 Kan kunnskap redusere bruken av tvang?

Helsepersonelloven (1999) og Pasientrettighetsloven (1999) sier at alle pasienter har rett til nødvendig helsehjelp. Dette legger grunnlaget for at sykepleieren skal ha kunnskaper som tilsier at hun skal kunne gi nødvendig helsehjelp. Som sykepleier trenger man kunnskaper om demens, etikk og kommunikasjon for å kunne unngå bruk av tvang. I tillegg er det viktig at sykepleieren reflekterer over dilemmaer som oppstår og på den måten tilegner seg større kunnskaper.

I samarbeidet med Kåre er den nødvendige helsehjelpen som tilbys personlig hygiene. Sykepleieren har kunnskaper som tilsier at personlig hygiene er nødvendig for å opprettholde velvære for Kåre. Av den grunn er det viktig å finne ulike tiltak som kan øke kunnskapen til sykepleieren slik at hun kan tilnærmer seg Kåre og hjelpe han med personlig hygiene uten å måtte bruke tvang.

Kåre ønsker ikke hjelp til personlig hygiene, noe som kan føre til at det oppstår et etisk dilemma. Solum, Slettebø & Hauge (2008) konkluderer i sin forskning med at sykepleierne har vanskeligheter med å se etiske utfordringer i hverdagen. Videre konkluderer de med at sykepleierne bør bli mer bevisst på etiske dilemmaer ved hjelp av etiske diskusjoner og et hevet kunnskapsnivå (Solum et al., 2008). Bollig, Pedersen & Førde (2009) konkluderer i sin forskning med at det må et mer systematisk etikkarbeid og faglige diskusjoner til for at sykepleieren skal kunne øke sin kunnskap om etikk og etiske dilemmaer. Ved å se på disse to forskningsartiklene ser jeg at det mangler fokus og kunnskap om etiske dilemmaer hos dagens sykepleiere. Både Rokstad (2008) og Sellevold (2008) legger vekt på refleksjon og at man skal stille seg kritisk til egen kunnskap. Jeg mener derfor at det vil være nødvendig med etisk refleksjon for at sykepleieren skal kunne møte Kåre på en korrekt måte. Gjennom egne erfaringer har jeg sett at det i hjemmesykepleien er lite fokus på etiske dilemmaer og det er sjelden man tar opp etiske dilemmaer til diskusjon. Med bakgrunn i egne erfaringer og forskning mener jeg at det må en endring til og det bør settes av tid, om ikke ukentlig så i hvert fall en gang i måneden hvor man på arbeidsplassen kan ta opp ulike etiske problemstillinger. Ved at sykepleieren får tatt opp problemstillingen rundt Kåre kan hun få nye synspunkter og tips fra sine medarbeidere om hvordan hun skal kunne tilnærme seg han på en best mulig måte. Dette er med på å øke kunnskapen, samtidig som sykepleieren får muligheten til å se saken fra andre synsvinkler. Dette etiske arbeidet legger også Helse og Omsorgsdepartementet (2006) vekt på når de sier at det i fremtiden skal bli mer fokus på organisert etikkarbeid for at sykepleieren skal ha muligheten til å møte etiske dilemmaer på en mer tilfredsstillende måte.

For at sykepleieren skal kunne drive et mer systematisk etikkarbeid må kunnskapsnivået økes. Både Helse og Omsorgsdepartementet (2009) og Kommunehelsetjenesteloven (2009) legger grunnlaget for at kommunene har en plikt til å øke og vedlikeholde kunnskapsnivået til sykepleieren. Kommunehelsetjenesteloven (2009) sier at enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring, mens Helse og Omsorgsdepartementet (2009) legger vekt på et økt kunnskapsnivå hos sykepleieren.

Helse og Omsorgsdepartementet (2011) legger gjennom Kompetanseløftet 2015 vekt på kapasitetsvekst og kompetanseheving hos sykepleieren. Dette er viktig for at sykepleieren skal kunne gi tilfredsstillende tilbud til det pasientene etterspør. For å heve kompetansen sier Helse og Omsorgsdepartementet (2011) at det vil bli lagt større vekt på videreutdanning hos sykepleieren. Jeg ser at dette kan være med på å bedre sykepleien som gis til Kåre. Ved at

sykepleieren videreutdanner seg med tanke på geriatri og demens har hun mer kunnskap og dermed et bedre utgangspunkt for å kunne gi Kåre den hjelpen han har behov for.

I tillegg bør det på arbeidsplassen være større fokus på veiledning og faglige innspill. Jeg mener at sykepleieren bør få tilbud om å dra på kurs om demens og på den måten heve kunnskapsnivået. Selv har jeg erfart at internundervisning er positive innspill i arbeidsdagen. Ved at arbeidsplassen tilbyr kurs og setter opp internundervisning regelmessig kan sykepleieren heve sitt kunnskapsnivå og være bedre rustet til å møte Kåre som pasient. Jeg ser at et økt kunnskapsnivå vil kunne legge grunnlaget for gode etiske diskusjoner, samtidig som Hem, Gjerberg, Pedersen & Førde (2010) sier at et økt kunnskapsnivå hos sykepleieren er med på å redusere bruken av tvang. I tillegg er det viktig å tenke på at internundervisning og etiske refleksjoner på arbeidsplassen ikke øker kostnadene til kommunen da dette er noe som foregår i arbeidstiden til sykepleieren.

Rogstad (2008) legger vekt på studiegrupper og demensnettverk. Demensnettverk er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Jeg har erfart at det på flere sykehjem i kommunen er satt i gang et opplegg som heter Demensomsorgens ABC. Dette er noe jeg mener at andre instanser som hjemmesykepleien også burde benytte seg av da mange demente som Kåre fremdeles bor i hjemmet. Jeg ser også at ny og forbedret kunnskap kan være positivt for samarbeidet med Kåre ved at man får nye synspunkter på demente og deres hverdag. I tillegg synes jeg tanken om demensnettverk er positivt ved at et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten hvor ulike instanser samarbeider vil være til det beste for pasienten.

5.3 Autonomi VS Paternalisme

Brinchmann (2005) beskriver autonomi som et av fire etiske prinsipper. Ifølge Brinchmann (2005) handler autonomi om pasientens rett til å velge og om å medvirke til eget liv. Dette er også beskrevet i Pasientrettighetsloven (1999) som sier at pasienten har rett til medvirkning og samtykke. Pasientrettighetsloven (1999) sier også noe om at pasienten må ha fått tilstrekkelig informasjon om helsehjelpen som skal gis for at man skal kunne si at samtykket er gyldig. Dette viser viktigheten av god kommunikasjon mellom Kåre og sykepleieren. For at sykepleieren skal kunne si at samtykket til Kåre er gyldig må hun være sikker på at han har forstått informasjonen riktig. Det vil derfor være viktig at sykepleieren bruke korte og enkle setninger og ikke gir for mange svaralternativer.

Hem et al (2010) har i sin studie kommet fram til at det er uklare grenser mellom tvang og frivillighet. Studien konkluderer med at det som regel er måten ting gjøres på og ikke selve handlingen som personen med demens stiller seg kritisk til. Denne konklusjonen er med på å legge grunnlaget for hvordan sykepleieren arbeider og det viser igjen viktigheten av tilstrekkelig kunnskap hos sykepleieren. Det vil her være viktig at sykepleieren tenker over hvordan hun tilnærmer seg Kåre. Dersom hun har prøvd ulike fremgangsmåter uten å lykkes, må hun bruke kunnskapen hun har til å tenke ut nye fremgangsmåter som hun kan forsøke. Når Hem et al (2010) sier at det er måten ting gjøres på som pasienten stiller seg kritisk til tenker jeg at sykepleieren bør lytte til Kåres ønsker og observere hans kroppsspråk. Dersom de er på badet og hun ser at han blir engstelig når det renner vann i springen kan det være lurt å ordne i stand vaske vann før hun tar han med ut på badet. Da tilrettelegger hun omgivelsene slik at Kåre skal kunne føle seg trygg. I tillegg er det viktig at sykepleieren hele tiden informerer om hva hun skal gjøre. Et eksempel kan være at hun vil hjelpe han med nedentilvask. Da er det viktig at hun forklarer hva hun skal gjøre og ikke bare begynner og vaske han. Ved at sykepleieren gir informasjon og ser at den er forstått før hun utfører handlingen er hun med på å redusere uro og forvirring hos Kåre. Dette fører også til at det blir lettere å ivareta Kåres autonomi med tanke på at han forstår hva som skjer rundt han.

I sin studie har Hem et al (2010) konkludert med at sykepleierne ofte må bruke mildt press og overtalelse for at pasienten skal samtykke til helsehjelpen som gis. Dette sier også Kirkevold et al (2004) som konkluderer med at det brukes for mye tvang i sykehjem. Denne studien konkluderer også med at jo mer dement pasienten er, desto mer press og tvang brukes. Press og overtalelse kalles ifølge Kari Martinsen for svak paternalisme (Kristoffersen, 2005). Dersom sykepleieren skal ta utgangspunkt i Kari Martinsens sykepleieteori ser jeg at kommunikasjon igjen vil være et sentralt punkt. Jeg ser at overtalelse kan være noe sykepleieren må bruke i samarbeidet med Kåre for at hun skal få hjelpe han med personlig hygiene. Gjennom erfaring i hjemmebasert omsorg har jeg sett at man i samarbeid med pasienter som ikke ønsker hjelp ofte benytter seg av overtalelse. Det er ofte sånn at sykepleierne prøver å komme med argumenter som taler for vedtakene man ønsker å hjelpe pasienten med. Jeg har også sett at pasientene ofte opplever dette som krenkende og at de føler at de ikke har noe valg. Dette er også spesielt viktig å tenke på når det gjelder personer med demens. De glemmer ofte hva som tidligere har blitt snakket om, noe som fører til at sykepleieren får et slags overtak. Derfor er det viktig at sykepleieren ikke går over streken og unngår sterk paternalisme som ifølge Kari Martinsen er det samme som tvang.

NSF (2007) bygger på verdighet og mangel på personlig hygiene kan føre til at Kåre ser ustelt ut. Med tanke på Kåres bakgrunn vil jeg tro at han tidligere har vært velstelt og opptatt av egen helse. Det at han har fått Alzheimers og har mistet interessen for sin personlige hygiene er noe sykepleieren bør ha i tankene når hun ønsker å hjelpe Kåre. Dette fordi han sannsynligvis hadde ønsket hjelp til å se velstelt ut dersom han hadde vært frisk.

I Pasientrettighetsloven (1999) kapittel 4A, står det beskrevet hvilke regler man skal forholde seg til med tanke på helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Kåre er i en tidlig fase av sin Alzheimers sykdom og det er lite sannsynlig at han per dags dato blir regnet som en pasient uten samtykkekompetanse. Dersom han senere i forløpet skal bli klart svekket vil det være aktuelt for sykepleieren å vurdere hans samtykkekompetanse. Dette må hun gjøre ved å vurdere evnen han har til å motta og vurdere informasjon med tanke på egen helsetilstand og behandlingstilbud. Selv om Kåre i framtiden kan miste sin samtykkekompetanse på grunn av sykdom er det viktig at sykepleieren vurderer viktigheten av eventuelle tvangstiltak som settes i gang. Med tanke på hjelp til personlig hygiene ser jeg at det kan være svært krenkende for Kåre at sykepleieren tvinger han til å vaske seg. Det er derfor viktig at sykepleieren vurderer om personlig hygiene kan føre til så uheldige konsekvenser at det er nødt til å settes i gang et tvangstiltak.

6.0 Konklusjon

Gjennom drøftingen har jeg kommet fram til tre punkter som er sentrale for hvordan sykepleieren skal kunne bidra til at en person med demens ivaretar sin personlige hygiene uten bruk av tvang. Disse tre punktene er kommunikasjon, kunnskap og ivaretagelse av pasientens autonomi.

Med tanke på kommunikasjon ser jeg at god kommunikasjon mellom sykepleieren og Kåre vil være nødvendig for å skape en god relasjon (Fjørtoft, 2007). Det vil også være viktig å bruke enkle setninger og gi få valgmuligheter for at Kåre skal kunne forstå hva sykepleieren snakker om. Videre vil det være viktig å ta med Kåre i beslutninger som tas slik at han føler seg inkludert og respektert.

For å kunne kvalitetssikre sykepleien som gis ser jeg at en primærsykepleierordning vil være nødvendig (Kristoffersen & Jensen, 2005). Dette fordi det vil være lettere å skape et tillitsforhold til Kåre, samtidig som sykepleieren får fulgt han opp kontinuerlig. Det vil også være viktig at sykepleieren tar seg god tid og ikke stresser. Dersom sykepleieren stresser og har det travelt er det viktig at hun er bevisst sitt non- verbale kroppsspråk (Jootun, 2011). Dette fordi jeg har erfart at pasienter er veldig observante på kroppsspråket til sykepleieren og hun bør derfor være oppmerksom på hva hun uttrykker slik at Kåre ikke tolker dette på feil måte.

Når det gjelder kunnskap er det ulike tiltak som bør settes i gang. Kommunene bør bli flinkere til å tilby kurs og internundervisning til sine ansatte. Et eksempel på dette er Demensomsorgens ABC som brukes i mange sykehjem (Rogstad, 2008). Jeg mener at dette også bør bli tatt i bruk i hjemmesykepleien. I tillegg bør det settes opp tider for når sykepleierne skal reflektere over etiske dilemmaer de møter i sin arbeidshverdag. På denne måten kan sykepleierne øke sitt kunnskapsnivå og være bedre rustet til å møte ulike etiske dilemmaer. Jeg tenker også at det burde være bestemte prosedyrer for hvordan man skal behandle etiske dilemmaer som oppstår på de ulike arbeidsplassene.

For at sykepleieren skal kunne møte Kåre på en best mulig måte vil det også være viktig med videreutdanning (Helse og Omsorgsdepartementet, 2011). I dag er det mange ulike typer videreutdanninger som fører til økt kunnskap om geriatri og demens hos eldre. Jeg mener at kommunene bør oppfordre sykepleieren til å videreutdanne seg da dette vil føre til en heving av kunnskapsnivået.

For at sykepleieren skal kunne ivareta Kåres autonomi vil det være nødvendig med både god kommunikasjon og et hevet kunnskapsnivå. Det vil være viktig at sykepleieren legger omgivelsene til rette og tilrettelegger omgivelsene etter Kåres ønsker. I tillegg er det nødvendig at hun er oppmerksom på om Kåre forstår informasjonen hun gir han. Dersom Kåre ikke forstår hva som skal skje kan hun risikere at det brukes tvang. Jeg ser at det kan bli brukt svak paternalisme som Kari Martinsen legger vekt på (Kristoffersen, 2004). Da tenker jeg først og fremst på overtalelse med tanke på personlig hygiene. Det er viktig at sykepleieren hele tiden er oppmerksom på skillet mellom svak og sterk paternalisme slik at hun unngår bruk av tvang.

7.0 Litteraturliste

Artikler

- Bollig, G., Pedersen, R., & Førde R. (2009). Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 186-196. Lokalisert på http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p_document_id=279903
- Hem, M. H., Gjerberg, E., Pedersen, R., & Førde R. (2010). Pleie og omsorg i grenselandet mellom frivillighet og tvang. *Sykepleien forskning*, 5(4), 294-301. Lokalisert på http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p_document_id=569183
- Ingebretsen, R. (2005). *Kommunikasjon ved demens – en arena for samarbeid*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA, Rapport 13, 2005). Lokalisert på http://www.nova.no/asset/593/1/593_1.pdf
- Jotun, D., & McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*, 25(25), 40-46. Lokalisert på
- Kirkevold, Ø., Sandvik, L., & Engedal, K. (2004). Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 19, 908-988. doi: 10.1002/gps.1197
- Pedersen, R., Hofmann, B., & Mangset, M. (2007). Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127(12), 1644-1647. Lokalisert på http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1550083
- Sellevold, G. S. (2008). *Etikk, demens og kvalitet i pleien*. Oslo: Lovisenberg diakonale høgskole. Lokalisert på http://www.ldh.no/ldh/images/stories/PDF_Word_Filer/etikkdemenskvalitet.pdf
- Solum, E. M., Slettebø, Å., & Hauge, S. (2008). Prevention of Unethical Actions in Nursing Homes. *Nursing Ethics*, 15(4), 536-548. doi: 10.1177/0969733008090524

Bøker:

- Brinchmann, B. S. (2005). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 73-87). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Carlskov, I. (2007). Omsorg og pleje af demente. I R. B. Olsen, D. V.-. Buss, I. Carlskov, M. Søndergaard, S. Kaargaard & B. Skovgaard (Red.), *Demens efteruddannelse – til social- og sunnhedspersonale* (s. 91-118). København: Munksgaard Danmark.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Demens - Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Fjørtoft, A.-K. (2007). *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon – minner – kriser – sorg* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Henriksen, J. -O., & Vetlesen, A. J.(2000). *Nærhet og distanse – Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*(2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johnsen, L., & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens –Møte og samhandling* (s. 207-231). Oslo: Akribe.
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 4* (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Jensen, K. O. (2005). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – bind 4* (s. 184-235). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2008). Kompetanseutvikling hos personalet. I A.M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (s. 340-350). Oslo: Akribe.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2007). *Menneskekroppen – Fysiologi og anatomi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Slettebø, Å. (2005). Ethiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 40-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sneltvedt, T. (2005). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 88-104). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2008). *Psykatri, kunnskap- forståelse- utfordringer* (3. utg.). Oslo: Akribe Forlag.
- Tranøy, K. E. (1986). *Vitenskapen – samfunnsmakt og livsform*. Oslo- Bergen- Stavanger- Tromsø: Universitetsforlaget.
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – Møte og samhandling* (s. 87-113). Oslo: Akribe.

Lover og forskrifter:

- Helsedirektoratet. (2008, juli). *Lov om pasientrettigheter kapittel 4A – Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen*. (Rundskriv IS-10/2008). Oslo: Direktoratet.
- Helse og Omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. (St.meld.nr. 25, 2005-2006). Oslo: Departementet.
- Helse og Omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld.nr.47, 2008-2009). Oslo: Departementet.
- Helse og Omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015*. (St.meld.nr.16, 2010-2011). Oslo: Departementet.
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2010). Lokalisert på <http://www.lovddata.no>
- Kommunehelsetjenesteloven, LOV-1982-11-19-66. (2009). Lokalisert på <http://www.lovddata.no>
- Norsk sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler*. Oslo: NSF.
- Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2010). Lokalisert på <http://www.lovddata.no>

